

# 高額療養費（外来年間合算）支給申請のご案内

このお知らせは、後期高齢者医療制度の被保険者で高額療養費（外来年間合算）の支給対象となった方に、送付しています。

なお、後期高齢者医療制度の被保険者本人が亡くなっている場合は、相続人のうち一人が、高額療養費（外来年間合算）の受領申立てを行い、同封の書類に必要事項を記入の上、申請してください。

## 年間の高額療養費（外来年間合算）とは？

高額療養費には、「①月間の高額療養費」と「②年間の高額療養費（以下「外来年間合算」という。）」の2種類があります。「①月間の高額療養費」とは、1か月間（1日から末日まで）の医療費の自己負担額が一定の額を超えた場合、その超えた額を支給するものです。

そして、このたびご案内する「②外来年間合算」とは、1年間（8月から翌年7月まで）の外来診療に係る自己負担額（※）の合計が、「①月間の高額療養費」を支給した後もなお144,000円を超える場合、その超えた額を支給するものです。

※入院療養にかかる自己負担額及び食費・居住費は、外来年間合算の自己負担額の計算には含まれません。

※自己負担の割合が「3割」の期間があった場合、その期間の自己負担額は、外来年間合算の自己負担額の計算には含まれません。

※福祉医療費（高齢重度障害者医療等）の助成を受けていた場合は、その助成額を差し引いて自己負担額を計算し直すため、当広域連合からの支給金額が0円になることもあります。あらかじめ、ご了承ください。

## 【高額療養費（外来年間合算）の支給例】

令和4年8月から令和5年7月までの外来診療に係る自己負担額が下表の場合

	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	合計
自己負担額（円）	10,000	8,000	12,000	13,100	13,200	13,000	6,000	12,500	12,600	13,800	14,000	18,000	146,200

1年間のうち外来診療に係る自己負担額の合計 146,200円…①

外来診療に係る年間の自己負担限度額 144,000円…②

⇒高額療養費（外来年間合算）の支給額（①－②）＝146,200円－144,000円＝**2,200円**

※上記の金額は支給例であり、実際に支給される金額とは異なります。

## 1. 送付物

- ・高額療養費（外来年間合算）の支給申請について（お知らせ）
- ・本状「高額療養費（外来年間合算）の支給申請のご案内」
- ・高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書（以下「申請書」という。）  
（令和5年11月30日時点で、被保険者様をご健在の場合、申請書裏面は「委任状」、亡くなっている場合、申請書裏面は「受領申立書」となっています。）
- ・返信用封筒（市・区・町宛）

## 2. 申請書の記入方法

- ・裏面の「申請書の記入方法」をご参照ください。

## 3. 申請書の提出方法（①、②どちらかの方法での申請になります。）

別紙 4-3（表）

### ① 郵送による申請

申請書等に記入の上、必要書類を添えて同封の返信用封筒に入れて送付してください。

### ② 窓口での申請

返信用封筒記載の市役所（神戸市の場合は、区役所・支所）、町役場の後期高齢者医療担当窓口で申請してください。

## ＜郵送または持参いただくもの＞

### 【被保険者本人がご健在の場合】

1. **申請書**：申請者または口座名義人が被保険者以外の場合は、申請書裏面の委任状に必ず記入してください。
2. **本人確認書類**（官公署発行の顔写真付き証明書または後期高齢者医療被保険者証）  
＊郵送の場合：委任状の記入がある場合は、被保険者の本人確認書類（写し）を同封して送付してください。（申請者と口座名義人が被保険者本人であれば不要です。）  
＊窓口申請の場合：窓口に来られる方の本人確認書類をお持ちください。なお、委任状の記入がある場合は、被保険者の本人確認書類もお持ちください。
3. **登記事項証明書（写し）**：成年後見人等が手続きをされる場合は、提出してください。（※成年後見人等の本人確認書類も併せて提出してください。）
4. **通帳等**（口座番号等が確認できるもの）＊窓口申請の場合のみ

### 【被保険者本人が亡くなっている場合】

1. **申請書**：申請書裏面の受領申立書に必ず記入してください。  
＊申請書裏面が委任状になっている場合は、広域連合に連絡いただくか、窓口申請の際にお申出ください。
2. **本人確認書類**（官公署発行の顔写真付き証明書または後期高齢者医療被保険者証）  
＊郵送の場合：申立人の本人確認書類（写し）を同封し、送付してください。  
＊窓口申請の場合：申立人と窓口に来られる方の本人確認書類をお持ちください。
3. **被保険者と申立人の関係（続柄）が分かるもの（写し可）**  
＊法定相続人である場合：戸籍謄本（抄本）。なお、被保険者（被相続人）と申立人（相続人）が住民票上同じ世帯の場合は、添付不要です。  
＊遺言等により申立人（相続人）に指定された場合：遺言状・公正証書等
4. **通帳等**（口座番号等が確認できるもの）＊窓口申請の場合のみ

## 4. 注意していただきたい点

- （1）振込先口座にゆうちょ銀行を選択する場合は、振込用の店名・預金種目・口座番号（7桁）を記入してください。（振込用の店名等がご不明な場合は、備考欄に13桁の記号番号を記入してください。）
- （2）このお知らせが届いた日の翌日から2年以内に申請してください。2年が経過した後は、時効のため申請できなくなりますのでご注意ください。

## 5. 公金受取口座をご希望の方へ

申請書に記載の被保険者本人に限り、公金受取口座への給付が可能です。公金受取口座への給付をご希望の場合は、対応の申請書を送付いたしますので、下記問合せ先にご連絡ください。（※申請書受付時点で公金受取口座の登録が完了している必要があります。）

## 6. 問合せ先 兵庫県後期高齢者医療広域連合給付課（コールセンター）

電話 （078）326-2023

（裏面もご確認ください）

氏名欄の被保険者がご健在の場合

申請書表面

高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請書の記入方法

申請区分	1. 新規	2. 変更	3. 取下げ	(保険者等記入欄)	支給申請書整理番号	
------	-------	-------	--------	-----------	-----------	--

申請形態	①. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外滞在あり）	4. 死亡・海外移住等計算期間中申請
------	----------------------------------	--------------------

こちらの被保険者について、①・②の枠内を記入してください。

氏 名	広城 太郎		生年月日	昭和2年1月1日	計算期間の始期及び終期	令和4年8月 ～ 令和5年7月
-----	-------	--	------	----------	-------------	-----------------

※金融機関名・支店名・種目・口座番号・口座名義人は必ず記入してください。

金融機関コード・店舗コードがご不明な場合は、空欄のままです。

※口座名義人が被保険者本人以外の場合は、申請書裏面の委任状も記入してください。

保険者番号	39280003		被保険者番号	01234567	広城連合名称	兵庫県後期高齢者医療広域連合	支給開始日	令和5年7月31日まで
-------	----------	--	--------	----------	--------	----------------	-------	-------------

支給方法	口座振込	振込先口座番号	① 三井住友	銀行	金融機関コード	0009	② 三宮	本店	店舗コード	410	③ 普通預金	種目	1234567	口座番号	1234567	口座名義人(カタカナ)	コウエキ タロウ
------	------	---------	--------	----	---------	------	------	----	-------	-----	--------	----	---------	------	---------	-------------	----------

**原則として被保険者本人が申請してください。**

※次の A・B の条件を両方満たす場合には、被保険者以外の方の代筆が可能です。

A. 被保険者の意思表示は確認できるが、身体上の都合により、被保険者本人が自書できない状態であること

B. 振込先の口座名義人が、被保険者本人と同一であること

**※代筆された場合は、以下の項目を記入してください。**

- 申請者欄（②の枠内）に被保険者の住所・氏名・電話番号・申請年月日
- 備考欄（③の枠内）に代筆者の氏名・電話番号・被保険者との続柄

整理番号	650	—	0021	令和	●年	●月	●日
申請者氏名	神戸市中央区三宮町1-9-1-1201						
電話番号	( 078 ) 326 — 2023						

③

代筆者  
広城 一男  
078-326-2023  
長男

申請書裏面

令和 年 月 日

委任状欄は、次の場合に記入してください。
 

- 被保険者以外が申請する場合
- 被保険者名義以外の銀行口座に振込を希望する場合

(委任状)	委任者 (被保険者)	住所： _____	委任状を記入した日を記入してください。	
		氏名： _____		
受任者	申請に関する権限	住所： _____	被保険者本人が住所・氏名を記入してください。	_____
		氏名： _____		被保険者との続柄： _____
	受領に関する権限	住所： _____	申請者氏名が被保険者本人と異なる場合に、申請者の住所・氏名等を記入してください。	電話番号： _____
		氏名： _____		被保険者との続柄： _____
		_____	<input type="checkbox"/> 座名義人が被保険者本人と異なる場合に、 <input type="checkbox"/> 座名義人の住所・氏名等を記入してください。	電話番号： _____
		_____		書類のいずれかを持参してください。

<確認書類>

- 運転免許証、マイナンバーカード等、官公署発行の顔写真付きの証明書
- 後期高齢者医療被保険者証

市区町職員記入欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> (                      )		

氏名欄の被保険者が亡くなられている場合 別紙 4-3 (裏)

申請書表面

高額療養費（外来年間合算）支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

申請書の記入方法

申請区分

1. 新規

2. 変更

3. 取下げ

(保険者等記入欄)

支給申請書整理番号

申請形態

1. 計算期間末日以降申請（期間中死亡・生保適用・海外移住  
適用・海外移住者あり）

4. 死亡・海外移住等計算期間中申請

氏 名

広域 太郎

こちらの被保険者について、①・②の枠内および申請書裏面の受領申立書に記入してください。

令和4年8月 ～ 令和5年7月

国民健康保険資格情報

※金融機関名・支店名・種目・口座番号・口座名義人は必ず記入してください。  
金融機関コード・店舗コードがご不明な場合は、空欄のままです。

※口座名義人が申立人（相続人）以外の場合は、申請書裏面の受任者欄も記入してください。

39280003

01234567

兵庫県後期高齢者医療広域連合

8月1日 から 令和5年6月30日まで

支給方法

口座管理番号

振込口座記入欄

ゆうちょ

銀行

信金・組合

協同組合

9

9

0

0

四三八

本店

支店

出張所

4

3

8

1. 普通預金

2. 当座預金

4. 貯蓄

1

2

3

4

5

6

7

口座名義人(カタカナ)

コウイキ ハナコ

振込先口座管理番号

口座振込

※振込先口座に「ゆうちょ銀行」を選択し、①の枠内に記入する振込用の店名等がご不明な場合は、備考欄に13桁の記号・番号を記入してください。

1

2

3

4

5

備考欄

ゆうちょ銀行の口座番号が7桁でない場合は、こちらに記号と番号をご記入ください。  
記号 番号  
14300 12345671

保険者加入歴

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

上記対象者について、高額療養費（外来年間合算）の支給を申請して自己負担額がある場合、他の保険者に対する支給申請並びに自委任します。また、当該事務において被保険者の個人情報を使用及なお、福祉医療制度の助成を受けていた場合、高額療養費（外来あらかじめその額を差し引いて支給されること（支給額が0円になから当該市町に支払うことに同意します。また、差し引かれずに支払本申請に係る給付業務（給付調整を含む）に必要な情報を関係保

原則として、申立人（相続人）が申請してください。

2

650 - 0021

令和 ●年 ●月 ●日

神戸市中央区三宮町1-9-1-1201

申請者氏名

広域 花子

電話番号

( 078 ) 326 - 2023

(勧奨用)

注意：裏面もご確認ください。

# 高額療養費（外来年間合算）受領申立書

兵庫県後期高齢者医療広域連合長 宛

申立人

相続人（被保険者との続柄： 妻 ）  
（〒 650 - 0021 ）  
住 所 神戸市中央区三宮町1-9-1-1201  
電 話 078-326-2023  
氏 名 広域 花子

下記被保険者が高額療養費を請求します。  
なお、他の医療広域連合に加入している場合は、兵庫県後期高齢者医療広域連合に加入していることを申し立てないでください。

申立人（相続人）の住所・氏名・電話番号・続柄を記入してください。

後期高齢者医療被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7
---------------	---	---	---	---	---	---	---	---

申立人以外の口座をご指定の場合は、口座名義人の住所・氏名等を記入してください。

広域 太郎  
神戸市中央区三宮町1-9-1-1201  
令和 ● 年 ● 月 ● 日

※ 申立人と口座名義人が同一の場合は下記受任者欄は記入不要です。

受任者 （口座名義人）	住 所			
	氏 名		申立人 との続柄	
	生年月日	年	月	日
	電話番号			

## 【続柄図】

<記入方法>

枠内に相続人（申立人）と被相続人の氏名だけを記入してください。

申立人となる相続人氏名を記入してください。

申請書氏名欄に記載されている被保険者氏名を記入してください。

①夫・妻

広域 花子

被相続人（死亡者）

広域 太郎

③兄・弟

姉・妹

申請書表面の後期高齢者医療被保険者番号を記入してください。

亡くなられた被保険者の氏名・住所・死亡年月日を記入してください。

①子

甥・姪  
（代襲相続者）

孫  
（代襲相続者）

本人確認書類（原本）をご持参ください。  
（コピーでかまいません）

申立人（相続人）が住民票上、同じ世帯の場合は、  
（別世帯の場合は、添付が必要です）  
（指定された場合に、添付してください）

「申立人（相続人）」と「窓口に来られる方」の本人確認書類（原本）をご持参ください。  
・郵送で申請書を提出される場合は、「申立人（相続人）」の本人確認書類（コピー）を添付ください。

例 運転免許証、マイナンバーカード、官公署発行の顔写真付きの身分証明書、当広域連合の被保険者は後期高齢者医療被保険者証 のうち、いずれか 1点。

市区町職員 記入欄	本人確認書類	確認日付	担当者
	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> ( )		